



Gesundheitsbogen zur Firmvorbereitung

Name des Firmanden / der Firmandin: _____

Während der Firmfahrt ist eine entscheidungsbefugte Ansprechperson unter folgender Anschrift zu erreichen:

Name: _____

Telefon: _____

Wo ist Ihr Kind krankenversichert?

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Geburtsdatum: _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ☐ Ja ☐ Nein Datum: _____

Leidet Ihr Kind unter Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Leidet Ihr Kind an Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Müssen Medikamente eingenommen werden? ☐ Ja ☐ Nein

Welche, wann, wie oft, etc.?

Bitte geben Sie ggf. nennenswerte Informationen bezüglich Körper, Verhalten oder anderen Problemen des Kindes an die Leitung weiter.





Mein Kind ist Vegetarier/in: ☐ Ja ☐ Nein

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten:

Mein Kind darf bei einem Insektenstich Fenistil Gel oder Ähnliches erhalten.

☐ Ja ☐ Nein

Mein Kind darf bei Fieber oder Schmerzen Paracetamol erhalten.

☐ Ja ☐ Nein

Mit der ehrlichen Beantwortung der Fragen helfen Sie uns, Ihr Kind auf der jeweiligen Fahrt besser und individueller durch die TeamerInnen betreuen zu können.

Datum: _____ Unterschrift: _____